**Prohlášení zákonného zástupce o bezinfekčnosti dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí na adaptační kurz (odevzdej v den odjezdu)**

**Já (jméno, příjmení)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**bytem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

čestně prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil

mému dítěti **jméno, příjmení** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**bytem** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního/INFEKČNÍHO onemocnění (např. teplota, průjem, dušnost, bolest v krku, kašel) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly nebo mely příznaky infekční nemoci.

Dítě je schopno zúčastnit se adaptačního kurzu od 4. 9. 2023 do 6. 9. 2023.

Prohlašuji, že dítě v posledních 14 dnech vycestovalo / nevycestovalo z ČR. Pokud vycestovalo, uveďte prosím zemi.

Název země:…………………………………………….

Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce dítěte

(prohlášení musí být podepsáno ke dni odjezdu dítěte na adaptační kurz)

**PROHLÁŠENÍ**

(odevzdejte v den odjezdu)

Žák/žákyně …………………………..……… se tímto zavazuje, že v době konání adaptačního kurzu bude dbát všech pokynů pedagogického dozoru a dodržovat bezpečnostní předpisy a pravidla při pobytu, přesunech a aktivitách realizovaných v budově i v přírodě. Po celou dobu adaptačního kurzu platí vnitřní řád školy. Bude respektovat zákaz kouření, požívání alkoholu a jiných toxických a omamných látek. Taktéž bude respektovat zákaz pořizování fotografií nebo video záznamů prostřednictvím mobilních telefonů či jiným zařízením.

Zákonný zástupce svým podpisem stvrzuje, že se jejich syn nebo dcera může zúčastnit adaptačního kurzu a v době osobního volna se může pohybovat samostatně bez pedagogického dozoru.

V ………………………………………….

Dne ……………………………………….

 …………………………….. ………………………………………………

 podpis žáka podpis zákonného zástupce

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Souhlas s ošetřením – plná moc**

(odevzdejte v den odjezdu)

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na adaptačním kurzu, bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu letního tábora/školy v přírodě. Souhlasím s převozem dítěte do zdravotnického zařízení osobním automobilem pořadatele/učitele/vychovatele, případně sanitkou. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Dne ……………………………………..

………………………………………….

Podpis zákonného zástupce dítěte

**UŽÍVÁNÍ LÉKŮ, ALERGIE, ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ**

**(odevzdej v den odjezdu)**

**Jméno a příjmení dcery/syna** ……………………………………………………………....

Datum narození……………… Zdrav. pojišťovna:……………………………………..

**Jméno, adresa, telefon ošetřujícího lékaře**:

……………….………………………………………………..... …………………………..

1. **Užívá syn/dcera pravidelně nebo nepravidelně nějaké léky?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Užívá** tyto léky:

 Název léku | Jak často? Proč? | Vedlejší účinky? |
| ………………………………………………………………………………………………………..................... | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

* **Neužívá** žádné léky
1. **Je Váš syn/dcera na něco alergický/á?**
* **Ano je alergický/á na:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na jakou látku? | Jaká je reakce? | Je nutno podat lék? Jaký? |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Nevíme** o žádné alergii
1. **Musí dodržovat nějakou speciální dietu? Jakou?**
* **Ano** musí …………………………………………………………………………………………………………
* **Ne** nemusím dodržovat žádnou dietu
1. **Zdravotní omezení**
2. ANO NE Bolesti na hrudi, ztížené dýchání i při malé námaze
3. ANO NE Diabetes Mellitus (cukrovka)
4. ANO NE Pobyt v nemocnici během posledního půl roku
5. ANO NE Astma, bronchitidy, zánět plic
6. ANO NE Problémy či onemocnění páteře, klubů, šlach
7. ANO NE Infekční onemocnění během posledních 3 měsíců
8. ANO NE Křečové stavy
9. ANO NE Strach z výšek, uzavřených prostor, hmyzu atd.
10. ANO NE Závažná životní událost v poslední době
11. ANO NE Kontaktní čočky
12. ANO NE Epilepsie
13. ANO NE Jiná zdravotní omezení (uveďte prosím jaká)

……………………………………………………………………………………………………………….

1. ANO NE Plavec

Pokud jste u kterékoli otázky uvedené výše zaškrtli ano, upřesněte prosím informace (příznaky, omezení, data…, vše co pokládáte za důležité).

Potvrzujeme, že jsme porozuměli všem výše uvedeným skutečnostem, včetně zdravotní problematiky a všechny údaje jsou pravdivé.

**V případě, že se léky užívají během pobytu, nezapomeňte je přibalit (převážně při silné alergii např. na včelí bodnutí)**

Jiná sdělení rodičů:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum: …………………………………….

Podpis zákonného zástupce:……………………………..